

Капенова А.*

кандидат PhD,

ЕНУ им. Л.Н. Гумилева,

Астана, Казахстан.

e-mail: a.kapenova94@gmail.com

ORCID: 0009-0009-4106-9649

Кодашева Г.

PhD, и.о. доцента

ЕНУ им. Л.Н. Гумилева,

Астана, Казахстан.

e-mail: kodasheva_gs@enu.kz

ORCID: 0000-0002-1734-418X

Рахимжанова К.

PhD

ЕНУ им. Л.Н. Гумилева,

Астана, Казахстан.

e-mail: Kalamkas.Rakhimzhanova@mail.ru

ORCID: 0000-0001-8004-4326

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: БАЛАНС ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

Аннотация

Экономика Казахстана характеризуется социальной направленностью, где система здравоохранения, в том числе страховой механизм финансирования, является одним из ключевых компонентов показателей социальной защищенности населения. Так, в работе проанализирован финансовый механизм функционирования системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) Республики Казахстан в контексте реализации задач социальной защиты населения. На основе данных Фонда социального медицинского страхования за 2020–2024 гг. исследована структура источников финансирования, динамика поступлений и охват населения системой ОСМС. В исследовании рассчитана степень бюджетной зависимости страховой модели с использованием авторского коэффициента бюджетной зависимости и показателя среднегодовых темпов роста (CAGR). Выявлены институциональные противоречия между социальной ориентированностью системы и её финансовой автономностью, а также несоответствие между ростом объемов финансирования и ограниченными социальными эффектами в части качества и доступности медицинской помощи. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности совершенствования финансовых и управленческих механизмов ОСМС с целью повышения её устойчивости и эффективности как инструмента социальной защиты. Также результаты данного исследования могут быть использованы при аналитике и совершенствовании финансирования системы здравоохранения.

Ключевые слова: обязательное социальное медицинское страхование; финансирование здравоохранения; социальная защита населения; бюджетная зависимость; солидарная модель; финансовая устойчивость; Республика Казахстан.

ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестно, что экономический рост в Казахстане несет явную социальную направленность. В данном контексте система здравоохранения рассматривается как ключевой элемент социальной защиты населения (Колесников и др., 2025). Функционирование отрасли связано с перераспределением значительных бюджетных ресурсов и требует экономически обоснованных механизмов их формирования и использования. На фоне постоянно возрастающих запросов граждан относительно уровня медицинского обслуживания и при ограниченности финансовых ресурсов, первостепенное значение приобретают аспекты обеспечения финансовой стабильности здравоохранения и его результативности в контексте предоставления социальной защиты населению.

Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС), которое начало внедряться в Казахстане с 2017 года, представляет собой основной компонент финансовых реформ в сфере здравоохранения. Цель этой реформы – не только снизить бремя на государственный бюджет, но и сформировать стабильные

и солидарные способы обеспечения средствами медицинской помощи. Данная система призвана перераспределять финансовые потоки в здравоохранении, опираясь на идеи социальной справедливости и солидарной ответственности, тем самым уменьшая финансовую нагрузку на граждан при получении ими врачебных услуг (Климин, 2007).

Нами были рассмотрены труды отечественных и зарубежных исследователей, которые рассматривали медицинское страхование как одну из форм социальной и финансовой защиты населения. Логика данных исследований такова, что медицинское страхование призвано обеспечить гарантированный доступ к медицинской помощи для всех слоев населения за счет страховых взносов и солидарной ответственности государства и населения. В то же время было выявлено, что работа ОСМС сопровождается рядом финансовых и институциональных барьеров. Исходя из этого, полагаем необходимым провести анализа баланса между финансовой устойчивостью системы и реализацией её социальной функции.

Цель настоящего исследования заключается в том, чтобы определить, как функционирует система ОСМС в Казахстане с позиции обеспечения баланса между финансовой устойчивостью и реализацией социальной функции здравоохранения. Для достижения данной цели в рамках статьи предполагается проанализировать финансовые механизмы формирования и использования средств ОСМС; выявить ключевые ограничения системы, влияющие на доступность медицинской помощи и уровень социальной защищённости населения.

Практической значимостью исследования можно обозначить то, что полученные результаты могут быть использованы при совершенствовании финансовой политики в сфере здравоохранения и развитии инструментов социальной защиты. А также, научная значимость данного исследования заключается в разработке и использовании авторского коэффициента бюджетной зависимости системы ОСМС в Казахстане, а также в проведении комплексного структурного анализа финансирования здравоохранения через страховые механизмы.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ

Как было упомянуто выше, методологической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных авторов в области экономики здравоохранения, социальной политики и финансов. В процессе работы над исследованием мы использовали методы экономического анализа, включая сравнительный и структурный анализ для сопоставления количественных и качественных данных.

Структурный анализ был использован при сборе данных по финансированию системы ОСМС и ее составляющих по категориям застрахованных, за 4 года. Данный метод позволил наглядно увидеть «узкие» места системы. В свою очередь сравнительный анализ использовался для выделения отдельных механизмов улучшения прозрачности ОСМС с учетом зарубежного опыта.

Кроме того, были использованы методы индукции и дедукции, которые дали нам возможность сделать выводы об институциональном дисбалансе системы ОСМС.

Эмпирическую базу исследования составили официальные статистические и аналитические данные Фонда социального медицинского страхования Республики Казахстан за 2020–2024 гг., материалы Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а также нормативно-правовые акты, регулирующие функционирование системы ОСМС. Выбор периода (2020–2024 гг.) обусловлена тем, что именно этот период отражает полноценное внедрение и функционирование системы ОСМС, когда сформирована стабильная структура финансовых потоков страховой системы.

Для оценки динамики финансовых поступлений применён показатель среднегодового темпа роста (CAGR), а также степень зависимости системы ОСМС от бюджетных источников оценена с использованием авторского коэффициента бюджетной зависимости, рассчитываемого как отношение объёма государственных трансфертов к совокупным доходам системы.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

В зарубежных исследованиях система обязательного медицинского страхования рассматривается как ключевой инструмент перераспределения финансовых рисков и обеспечения устойчивости финансирования здравоохранения. J. Kutzin (2013) подчёркивает, что эффективность страховых моделей определяется не только объёмом аккумулируемых средств, но и способностью системы обеспечивать баланс между финансовой устойчивостью и социальной справедливостью. В работах, посвящённых всеобщему охвату услугами здравоохранения, медицинское страхование трактуется как элемент социальной защиты, направленный на снижение финансовых барьеров доступа к медицинской помощи (World Health Organization [WHO], 2010).

Проблемы социальной справедливости и финансового бремени домохозяйств подробно анализируются A. Wagstaff и E. van Doorslaer (2000), которые отмечают, что недостаточно развитые механизмы солидарного финансирования способствуют росту частных расходов населения и снижению социальной эффективности страховых систем. Эмпирические исследования, опубликованные в

журналах *Social Science & Medicine u Health Policy*, подтверждают, что ориентация страховых фондов преимущественно на финансовую устойчивость без учёта социальных эффектов может приводить к ограничению доступности медицинских услуг для уязвимых групп населения (McIntyre et al., 2006; Preker & Harding, 2003).

В казахстанских исследованиях вопросы обязательного социального медицинского страхования рассматриваются в контексте реформирования национальной системы здравоохранения, анализа нормативно-правовой базы и источников финансирования. Так, в работах казахстанских авторов подчёркивается роль ОСМС в диверсификации финансовых потоков отрасли и снижении нагрузки на государственный бюджет, а также анализируются институциональные ограничения действующей модели (Изимбергенова & Гумарова, 2017; Танатова & Абдрашитова, 2018). Отмечается, что несмотря на рост объёмов финансирования, сохраняются проблемы неравного доступа к медицинским услугам и высокая доля прямых расходов населения, что ограничивает социальный эффект ОСМС (Омирбаева, 2017).

Таким образом, обзор зарубежных и отечественных исследований позволяет сделать вывод о том, что при наличии значительного научного задела вопрос соотношения финансовой устойчивости системы ОСМС и реализации её социальной функции остаётся недостаточно систематизированным. Это особенно актуально для стран с переходной экономикой, включая Республику Казахстан, где система ОСМС внедрена относительно недавно и ее функционирование сопровождается институциональными барьерами, что обуславливает необходимость дальнейших исследований в данном направлении.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Страховой механизм в системе здравоохранения в Республике Казахстан опирается на солидарные принципы финансирования через бюджетное участие. Согласно положениям Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», от уплаты страховых взносов в Фонд социального медицинского страхования освобождены 15 категорий граждан, относящихся преимущественно к социально уязвимым группам населения. К их числу относятся несовершеннолетние, зарегистрированные безработные, беременные женщины, родители детей раннего возраста, лица с инвалидностью, пенсионеры, обучающиеся по очной форме и многодетные матери.

Помимо государственного финансирования, значительный объём поступлений в систему обязательного социального медицинского страхования формируется за счёт обязательных взносов и отчислений иных категорий плательщиков, предусмотренных законодательством Республики Казахстан. Механизм функционирования ОСМС регулируется Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», а также подзаконными нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и Министерства финансов, устанавливающими размеры ставок, порядок и сроки уплаты взносов и отчислений.

Отдельную категорию составляют плательщики единого совокупного платежа, представляющие преимущественно неформально занятое население. Для них предусмотрены фиксированные ставки, дифференцированные по территориальному признаку, что позволяет вовлекать в систему ОСМС все группы населения (Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», 2015).

Структурный анализ источников финансирования системы обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан показывает, что в 2020–2024 гг. доминирующую роль на протяжении всего периода играют государственные трансферты, направляемые на финансирование льготных категорий населения, доля которых снизилась с 72,9 % в 2020 году до 69,1 % в 2024 году.

Одновременно наблюдается постепенное увеличение роли работодателей, доля которых в структуре поступлений выросла с 22,4 % до 24,8 %. Данная тенденция отражает как поэтапное повышение ставок отчислений, так и расширение официальной занятости, что способствует укреплению солидарной модели финансирования здравоохранения. Взносы работников также демонстрируют устойчивый рост, увеличившись с 3,3 % до 4,9 %, что указывает на постепенное вовлечение трудоспособного населения в финансирование медицинских услуг и усиление персональной ответственности граждан.

В то же время совокупная доля индивидуальных предпринимателей, самозанятых и плательщиков единого совокупного платежа остаётся незначительной и не превышает 1,5 % общего объёма поступлений.

Таблица 1. Структура источников финансирования системы обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан в 2020–2024 гг

млрд.тенге

Источники финансирования	2020	2021	2022	2023	2024
Государство (льготные категории)	298,8	345,7	435,1	392,1	289,5
Работодатели и работники	234,9	323,1	611,7	756,4	877,2
Индивидуальные предприниматели	10,5	15,0	25,1	38,7	57,6
Прочие источники	6,1	67,6	18,5	23,0	28,8
Итого	550,2	751,5	1090,4	1210,3	1253,2

Примечание: таблица составлена автором на основе данных источника (Фонд социального медицинского страхования, 2019–2024).

В данном контексте для количественной оценки степени зависимости системы обязательного социального медицинского страхования от бюджетных источников в рамках настоящего исследования разумно использовать авторский коэффициент бюджетной зависимости (К_{бд}), рассчитываемый по формуле:

$$K_{\text{бд}} = \frac{G_t}{T_t}$$

где

G_t – объём государственных трансфертов, направляемых на финансирование льготных категорий населения в системе ОСМС в году t ;

T_t – совокупный объём поступлений в систему ОСМС в соответствующем году.

Экономический смысл коэффициента заключается в определении доли бюджетных средств в общей структуре доходов системы ОСМС и позволяет оценить степень её финансовой автономности. Значения коэффициента находятся в интервале от 0 до 1, где приближение к 1 свидетельствует о высокой зависимости системы от государственного финансирования, а снижение показателя указывает на усиление роли страховых и частных источников.

Проведённые расчёты показывают, что в 2020 году значение коэффициента бюджетной зависимости составило 0,54, тогда как в 2024 году – 0,23. Снижение показателя свидетельствует о сокращении относительной доли бюджетных средств в структуре доходов системы ОСМС и постепенном усилении роли внебюджетных источников финансирования, формируемых за счёт взносов работодателей, работников и иных категорий плательщиков.

Для дополнительной интерпретации результатов целесообразно рассматривать комплементарный показатель – коэффициент небюджетного участия (К_{нб}), определяемый как:

$$K_{\text{нб}} = 1 - K_{\text{бд}}$$

В 2020 году значение коэффициента небюджетного участия составило 0,46, тогда как в 2024 году оно увеличилось до 0,77, что свидетельствует о росте доли страховых и иных внебюджетных источников в структуре доходов системы ОСМС.

Наряду с этим в рамках исследования нами было установлено, что объём государственных трансфертов, направляемых на финансирование льготных категорий населения, незначительно снизился с 298,8 млрд тенге в 2020 году до 289,5 млрд тенге в 2024 году. Среднегодовой темп изменения бюджетного финансирования за рассматриваемый период составил около –0,78 %, что свидетельствует об относительной стабильности данного источника финансирования.

Для сопоставления, совокупные взносы и отчисления работодателей и работников за тот же период увеличились с 234,9 млрд тенге до 877,2 млрд тенге, что соответствует росту примерно в 3,7 раза, при среднем годовом темпе прироста около 38 % (Фонд социального медицинского страхования, б. д.).

Необходимо отметить, что среднегодовой темп прироста рассчитан как CAGR за 2020–2024 годы по формуле:

$$CAGR = \left(\frac{V_{\text{кон}}}{V_{\text{нач}}} \right)^{\frac{1}{n}} - 1$$

где:

$V_{\text{кон}}$ – объём финансирования в конечном году периода;

$V_{\text{нач}}$ – объём финансирования в начальном году периода;

n – количество лет в анализируемом периоде.

Несмотря на рост финансирования качественные показатели эффективности системы показывают ограниченную динамику роста. Так, по данным Фонда социального медицинского страхования, уровень удовлетворённости населения медицинской помощью в 2024 году составил 44,5 %, что свидетельствует о низкой воспринимаемой эффективности системы несмотря на увеличение финансовых ресурсов. Одновременно сохраняется высокий уровень обращений граждан: в 2023 году зарегистрировано 27 390 жалоб, в 2024 году – 27 125, что указывает на устойчивость проблем в сфере доступности и качества медицинских услуг (Фонд социального медицинского страхования, б. д.).

Введение с 2023 года, Фондом социального медицинского страхования, детализированного учёта причин обращений позволило выявить точечные проблемы социальной неудовлетворённости. Анализ показывает, что наибольшая доля жалоб связана с некачественным оказанием медицинской помощи, отказами в предоставлении услуг и длительным ожиданием приёма, а также с перебоями лекарственного обеспечения и сбоями медицинских информационных систем. Указанные причины отражают не только организационные, но и финансово-институциональные ограничения системы ОСМС, связанные с дефицитом кадровых и материально-технических ресурсов при формальном расширении гарантированного объёма помощи.

Структурный анализ населения, участвующих в системе ОСМС, позволяет выявить ключевые институциональные особенности функционирования солидарной модели. Так, в 2020–2024 гг. доля населения, имеющего право на получение медицинской помощи в рамках ОСМС, сократилась с 83,9 % до 80,4 % общей численности населения, что указывает на снижение фактического охвата системы при одновременном росте её финансовых ресурсов (Фонд социального медицинского страхования, 2019–2024).

Таблица 2. Структура населения Республики Казахстан в системе ОСМС в 2020–2024 гг., % от общей численности населения

Показатели	2020	2021	2022	2023	2024*
Население, имеющее право на медицинскую помощь в ОСМС	83,9	81,2	82,4	80,9	80,4
в том числе:					
– освобождённые от уплаты взносов (льготные категории)	59,2	59,4	58,2	59,4	56,1
– экономически активные плательщики (работники, ИП, ГПХ, ЕСП, самостоятельные плательщики)	24,1	21,4	22,1	20,3	23,3
– застрахованные, за которых не уплачены взносы	0,6	0,4	2,1	1,2	1,0
Незастрахованное население	16,1	18,8	17,6	19,1	19,6

Примечание: таблица составлена автором на основе данных источника (Фонд социального медицинского страхования, 2019–2024).

Основную часть застрахованного населения составляют лица, освобожденные от уплаты взносов. Фактически это часть населения, которая относится к социально уязвимой категории, что подтверждает социально ориентированный характер ОСМС. Однако, это одновременно усиливает её бюджетную зависимость и ограничивает развитие страховых принципов самофинансирования. Доля экономически активных плательщиков, непосредственно формирующих страховые ресурсы системы за счёт собственных взносов и отчислений, остаётся относительно низкой и колеблется в пределах 20–25 % населения.

Особого внимания заслуживает наличие категории застрахованных лиц, за которых фактически не уплачены страховые взносы. Несмотря на относительно небольшую долю данной группы (около 1–2 %), её присутствие отражает институциональные сбои в администрировании системы и усиливает ощущение несправедливости солидарной модели, при которой часть граждан формально включена в ОСМС, но не участвует в её финансировании.

Наиболее проблемным элементом структуры остаётся устойчивая доля незастрахованного населения, увеличившаяся с 16,1 % в 2020 году до 19,6 % в 2024 году. Это свидетельствует о сохранении значительного слоя граждан, остающихся в «тени» системы страхования, что усиливает социальную напряжённость и подрывает доверие к ОСМС.

ДИСКУССИЯ

Включение значительного числа льготных категорий, доля которых стабильно выше 56%, свидетельствует о высокой доле бюджетного участия в финансировании страховой модели. Государство, выступая плательщиком за социально незащищенные группы, фактически компенсирует их страховые обязательства, что усиливает социальную направленность системы. Таким образом, мы полагаем, что действующий механизм государственного участия в ОСМС выступает ключевым фактором обеспечения всеобщего охвата медицинскими услугами населения.

Также результаты исследования позволяют сделать вывод об ограниченном потенциале расширения доходной базы за счёт неформально занятого населения, так как данная категория продолжает оставаться теневой зоной вовлеченности в ОСМС.

Кроме того, нами в ходе исследования было обнаружено двойственная природа ОСМС, где с одной стороны система сохраняет акцент на социальной составляющей через солидарное участие государства, а с другой стороны медленно движется в сторону более сбалансированного страхового механизма финансирования. Однако, остается относительно незначительным доля категорий, обеспечивающих внебюджетное участие в системе. Явление, при котором растет их доля в структуре финансирования в Таблице 1, можно трактовать не следствием значительного увеличения числа застрахованных лиц или занятых работников, а как изменение параметров расчета взносов и отчислений. Ежегодное повышение размеров месячного расчетного показателя (МРП), минимальной заработной платы (МЗП) и единого совокупного платежа (ЕСП), используемых в качестве базы исчисления страховых взносов и отчислений, приводит к увеличению объемов поступлений даже при относительно стабильной численности плательщиков.

Такая тенденция сохраняет бюджетную зависимость системы. О чем свидетельствуют институциональные разногласия между МФ РК и МЗ РК при расчете взносов за льготные категории граждан. Так МФ выплачивает взносы по медианной заработной плате, объясняя это тем, что она более точно отражает реальные доходы населения по сравнению с средней заработной платой. Тем временем по Закону для расчета размера взносов должно использоваться среднемесячная заработная плата (LSM, б. д.). Исходя из этого, мы полагаем, что резкое снижение доли государственных финансов в структуре источников финансирования в Таблице 1 связана с данными разногласиями.

Кроме того, в процессе исследования был выявлен разрыв между финансовой динамикой ОСМС и воспринимаемой социальной результативностью системы. Об этом свидетельствуют сохраняющиеся низкие показатели удовлетворенности населения и высокий уровень жалоб (Фонд социального медицинского страхования, б. д.). Это позволяет интерпретировать ситуацию как проявление институционального дисбаланса: увеличение ресурсов не сопровождается пропорциональным улучшением доступности и качества медицинских услуг.

Следует отметить, что выявленная взаимосвязь между ростом объемов финансирования системы ОСМС и динамикой социальных показателей носит предварительный характер. В рамках данного исследования не проводился строгий эконометрический анализ корреляционной зависимости между объемами финансирования и уровнем удовлетворенности населения. В этой связи полученные результаты следует рассматривать как аналитическую интерпретацию выявленных тенденций, требующую дальнейшего углубленного количественного исследования.

Вместе с тем, на практике часто встречается, что в ряде крупных городов сохраняются значительные сроки ожидания приема врачей первичного звена и узких специалистов, что вынуждает пациентов обращаться за платными услугами. Аналогичные барьеры характерны для лабораторных и инструментальных исследований, доступность которых в рамках ОСМС часто лимитируется установленными квотами и дефицитом расходных материалов. В результате формируется разрыв между декларируемыми государственными гарантиями и фактической возможностью их реализации, что приводит к росту частных расходов населения.

Дополнительным индикатором недостаточной социальной эффективности, системы в целом, является превышение допустимого уровня прямых («карманных») расходов граждан на медицинские услуги. По оценкам аналитических источников, их доля достигает около 30 % совокупных текущих расходов на здравоохранение, что существенно превышает ориентиры Всемирной организации здравоохранения (15–20 %) (WHO, б. д.).

Наряду с этим сохраняется низкая профилактическая направленность системы здравоохранения. По данным организаций первичной медико-санитарной помощи, лишь незначительная доля прикрепленного населения находится под динамическим наблюдением, тогда как основная часть обращений происходит на стадии острых состояний. Это приводит к росту нагрузки на стационарное звено, увеличению затрат на лечение осложненных форм заболеваний и снижению общей экономической эффективности использования средств ОСМС.

Еще одна проблема, которая приводит к снижению воспринимаемой справедливости заключается в разрыве между участием граждан в формировании страховых ресурсов и фактическим доступом к меди-

цинской помощи. Так, работающие граждане и работодатели осуществляют регулярные страховые взносы и отчисления, аккумулируемые в едином фонде и перераспределяемые в пользу всего застрахованного населения, включая экономически неактивные категории. Отсутствие прозрачной связи между индивидуальными взносами и объёмом получаемых услуг приводит к недоверию системе со стороны экономически активного населения (Yeh & Saltman, 2024).

В результате формируется ситуация, при которой часть застрахованных граждан, регулярно уплачивающих взносы, сталкивается с ограниченной доступностью медицинской помощи в рамках ОСМС и вынуждена прибегать к платным услугам. Это усиливает ощущение «двойной нагрузки» – через обязательные взносы и дополнительные прямые расходы, – что подрывает доверие к солидарной модели и снижает мотивацию к участию в системе.

В этой связи, необходимо отметить, что сравнительный анализ зарубежных моделей медицинского страхования показывает, что проблема воспринимаемой справедливости солидарных механизмов во многом решается за счёт институциональной прозрачности и персонифицированного учёта.

Для сравнительного анализа нами были рассмотрены системы здравоохранения Германии и Южной Кореи, обусловленных особенностями их страховых моделей.

Так, Германия представляет классическую бисмарковскую модель социального медицинского страхования, которая была выбрана основой для Казахстанской модели обязательного страхования. Немецкая модель отличается развитой системой страховых касс и высокой институциональной зрелостью механизмов солидарного финансирования. В то же время, Республика Корея является примером успешной трансформации национальной системы медицинского страхования в условиях ускоренного экономического развития и демографических изменений. Уровень цифровизации и обеспечение прозрачности страховых средств корейской системы является ориентиром для дальнейшего развития отечественной системы страхования.

В Германии система социального медицинского страхования основана на множественности конкурирующих страховых касс, что обеспечивает застрахованным возможность выбора, доступ к расширенным пакетам услуг и высокую прозрачность структуры взносов и страхового покрытия (Blümel et al., 2022). В Республика Корея солидарная модель реализуется через единый национальный страховой фонд, однако ключевым элементом является развитая цифровая инфраструктура, позволяющая каждому застрахованному получать информацию о стоимости оказанных услуг и доле их покрытия за счёт страховых средств (OECD, 2025). Даже при наличии софинансирования сохраняется прозрачность распределения финансовой нагрузки, что снижает уровень социальной напряжённости (Kim & Kwon, 2023).

В противовес мировому опыту в Казахстане солидарность достигается преимущественно посредством централизованного перераспределения средств, что влечет за собой слабую осведомленность о том, какая часть этих средств вернется конкретному гражданину. Это акцентирует внимание на потребности в создании организационных рычагов, гарантирующих прозрачность, через развитие информатизации и высоким уровнем цифровизации системы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование показало, что система обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан представляет собой важный элемент финансового обеспечения здравоохранения и одновременно выполняет значимую функцию социальной защиты населения. Анализ структуры источников финансирования системы ОСМС за 2020–2024 гг. свидетельствует о существенных изменениях в распределении финансовых потоков между государственными и страховыми источниками.

Результаты исследования показали, что в анализируемом периоде наблюдается снижение относительной доли бюджетного участия в финансировании системы ОСМС. Если в 2020 году коэффициент бюджетной зависимости составлял 0,54, то к 2024 году он снизился до 0,23. Одновременно увеличилась доля страховых поступлений, формируемых за счёт взносов и отчислений работодателей, работников и других категорий плательщиков. Однако проведённый анализ позволяет сделать вывод о том, что рост страховых поступлений в значительной степени обусловлен институциональными изменениями параметров их расчёта, включая ежегодное повышение значений месячного расчётного показателя (МРП), минимальной заработной платы (МЗП) и единого совокупного платежа (ЕСП), используемых в качестве базы исчисления страховых взносов.

Одновременно выявлено несоответствие между ростом финансовых ресурсов системы ОСМС и ограниченными социальными эффектами, выражающимися в низком уровне удовлетворённости населения медицинской помощью, устойчивом числе обращений граждан и превышении допустимого уровня прямых расходов домохозяйств на здравоохранение. Данные обстоятельства указывают на наличие институционального дисбаланса между целями социальной защиты и эффективностью использования финансовых ресурсов.

По итогам полученных результатов исследования можно сделать вывод о необходимости дальнейшего совершенствования финансового механизма ОСМС, направленного на повышение прозрачности распределения ресурсов, расширение участия экономически активного населения и усиление связи между объемами финансирования и конечными результатами оказания медицинской помощи. Реализация данных направлений позволит повысить устойчивость системы обязательного социального медицинского страхования и её роль в обеспечении социальной защиты населения Республики Казахстан.

Кроме того, в дальнейшем есть перспектива более глубокого исследования количественных методов оценки социальной и финансовой эффективности ОСМС, проведения межрегионального анализа и изучения роли цифровизации в целях персонализации финансовых потоков для обеспечения прозрачности солидарной модели страховой системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Колесников С. А., Григорьева Н. С., Иванов И. В. (2025) Политика и управление в социальной сфере. Москва: ИД «Аргамак-Медиа».
2. Климин В. Г. (2007) Теоретико-аспектный подход к определению сущности обязательного медицинского страхования. *Успехи современного естествознания*. Екатеринбург
3. Kutzin J. (2013) Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization* 91(8) 602–611. DOI: 10.2471/BLT.12.113985.
4. World Health Organization (2010). Health financing for universal coverage. *World Health Report*. – Geneva.
5. Wagstaff A., van Doorslaer E. (2000) Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*. – Amsterdam: Elsevier.
6. McIntyre D., Thiede M., Dahlgren G., Whitehead M. (2006) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine* 62(4) 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.001>
7. Preker A. S., Harding A. (2003) Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. *Health Policy*. 64(2) 117–129.
8. Изимбергенова Г. Н., Гумарова Г. Ж. (2017) Внедрение обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан. *West Kazakhstan Medical Journal*. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vnedrenie-obyazatel'nogo-sotsial'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-respublike-kazahstan>
9. Танатова Д. К., Абдрашитова А. Х. (2018) Формирование системы обязательного медицинского страхования в России и Казахстане: ретроспективный анализ. *Социология* 17(3), 73–83.
10. Омирбаева Б. С. (2017) Внедрение обязательного медицинского страхования в Казахстане и риски, связанные с ним. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук* (6-3).
11. Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании». (2015) Астана
12. Фонд социального медицинского страхования. Годовые отчёты о деятельности ФСМС за 2019–2024 гг. Астана, 5 выпусков
13. Фонд социального медицинского страхования. *Внешний и внутренний аудит*. – URL: <https://msqory.kz/ru/eshche/korporativnoe-upravlenie/vneshniy-i-vnutrenniy-audit/>
14. ФСМС финансово неустойчив: в Казахстане возмущились снижением доступности медуслуг. – URL: <https://ism.kz/v-2024-godu-predlagaetsya-doplatit-fsms-iz-byudzheta-275-mlrd-tenge>
15. World Health Organization. *Kazakhstan country profile*. URL: <https://data.who.int/countries/398>
16. Yeh M.-J., Saltman R. (2024) The sociopolitical foundations of health sector solidarity: a cross-sectional study of public attitudes toward the health system in Taiwan. *Health Care Analysis*. (33) P. 232–247. DOI: 10.1007/s10728-024-00503-0.
17. Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Litvinova Y., Busse R. (2022) Germany: health system summary. Copenhagen
18. OECD. Health care systems: Korea. (2025) Paris. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/korea_40b1d2b4-en.html
19. Kim S., Kwon S. (2023) Has South Korea achieved the goals of national health insurance? Trends in financial protection of households between 2011 and 2018. *Social Science & Medicine* (326) DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.115929.

REFERENCES

1. Kolesnikov S. A., Grigor'eva N. S., Ivanov I. V. (2025) Politika i upravlenie v social'noj sfere. Moskva: ID «Argamak-Media».
2. Klimin V. G. (2007) Teoretiko-aspektnyj podkhod k opredeleniyu sushchnosti obyazatel'nogo medicinskogo strakhovaniya. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya*. Ekaterinburg
3. Kutzin J. (2013) Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization* 91(8) 602–611. DOI: 10.2471/BLT.12.113985.
4. World Health Organization (2010). Health financing for universal coverage. *World Health Report*. – Geneva.
5. Wagstaff A., van Doorslaer E. (2000) Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*. – Amsterdam: Elsevier.

6. McIntyre D., Thiede M., Dahlgren G., Whitehead M. (2006) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine* 62(4) 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.001>
7. Preker A. S., Harding A. (2003) Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. *Health Policy*. 64(2) 117–129.
8. Izimbergenova G. N., Gumarova G. ZH. (2017) Vnedrenie obyazatel'nogo social'nogo medicinskogo strakhovaniya v Respublike Kazakhstan. *West Kazakhstan Medical Journal*. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vnedrenie-obyazatel'nogo-sotsial'nogo-meditsinskogo-strakhovaniya-v-respublike-kazakhstan>
9. Tanatova D. K., Abdrashitova A. KH. (2018) Formirovanie sistemy obyazatel'nogo medicinskogo strakhovaniya v Rossii i Kazakhstane: retrospektivnyy analiz. *Sociologiya* 17(3), 73–83.
10. Omirbaeva B. S. (2017) Vnedrenie obyazatel'nogo medicinskogo strakhovaniya v Kazakhstane i riski, svyazannyye s nim. *Aktual'nye problemy gumanitarnykh i estestvennykh nauk* (6-3).
11. Zakon Respubliki Kazakhstan «Ob obyazatel'nom social'nom medicinskom strakhovanii». (2015) Astana
12. Fond social'nogo medicinskogo strakhovaniya. Godovye otchyoty o deyatel'nosti FSMS za 2019–2024 gg. Astana.
13. Fond social'nogo medicinskogo strakhovaniya. *Vneshnij i vnutrennij audit*. URL: <https://msqory.kz/ru/eshche/korporativnoe-upravlenie/vneshnij-i-vnutrennij-audit/>
14. FSMS finansovo neustoichiv: v Kazakhstane vozmutilis snizheniem dostupnosti meduslug. URL: <https://lsm.kz/v-2024-godu-predlagaetsya-doplatit-fsms-iz-byudzheta-275-mlrd-tenge>
15. World Health Organization. *Kazakhstan country profile*. URL: <https://data.who.int/countries/398>
16. Yeh M.-J., Saltman R. (2024) The sociopolitical foundations of health sector solidarity: a cross-sectional study of public attitudes toward the health system in Taiwan. *Health Care Analysis*. (33) P. 232–247. DOI: 10.1007/s10728-024-00503-0.
17. Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Litvinova Y., Busse R. (2022) Germany: health system summary. Copenhagen
18. OECD. Health care systems: Korea. (2025) Paris. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/korea_40b1d2b4-en.html
19. Kim S., Kwon S. (2023) Has South Korea achieved the goals of national health insurance? Trends in financial protection of households between 2011 and 2018. *Social Science & Medicine* (326) DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.115929.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ ЖҮЙЕСІ: ҚАРЖЫЛЫҚ ТҰРАҚТЫЛЫҚ ПЕН ХАЛЫҚТЫ ӘЛЕУМЕТТІК ҚОРҒАУ ТЕҢГЕРІМІ

Капенова А.*

PhD докторанты
Л.Н. Гумилев атындағы ЕҰУ
11, Астана, Қазақстан.
e-mail: a.kapenova94@gmail.com
ORCID: 0009-0009-4106-9649

Кодашева Г.

доцент м.а., PhD
Л.Н. Гумилев атындағы ЕҰУ
Астана, Қазақстан.
e-mail: kodasheva_gs@enu.kz
ORCID: 0000-0002-1734-418X

Рахимжанова К.

аға оқытушы, PhD
Л.Н. Гумилев атындағы ЕҰУ
11, Астана, Қазақстан.
e-mail: Kalamkas.Rakhimzhanova@mail.ru
ORCID: 0000-0001-8004-4326

Аңдатпа

Қазақстан экономикасы әлеуметтік бағыттылығымен сипатталады, мұнда денсаулық сақтау жүйесі, соның ішінде сақтандыруға негізделген қаржыландыру тетіктері халықтың әлеуметтік қорғалу деңгейін айқын-дайтын негізгі компоненттердің бірі болып табылады. Аталған мақалада Қазақстан Республикасындағы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесінің қаржылық механизмі халықты әлеуметтік қорғау міндеттерін іске асыру контекстінде талданады. 2020–2024 жылдар аралығындағы Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының деректері негізінде қаржыландыру көздерінің құрылымы, қаржылық түсімдердің динамикасы және МӘМС жүйесімен қамтылған халықтың үлесі зерттелді. Зерттеу барысында

сақтандыру моделінің бюджетке тәуелділік деңгейі авторлық бюджетке тәуелділік коэффициенті және орташа жылдық өсу қарқыны (CAGR) көрсеткіші арқылы бағаланды. Жүйенің әлеуметтік бағыттылығы мен оның қаржылық дербестігі арасындағы институционалдық қайшылықтар, сондай-ақ қаржыландыру көлемдерінің өсуі мен медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігі тұрғысындағы шектеулі әлеуметтік нәтижелер арасындағы сәйкессіздік анықталды. Алынған нәтижелер МӘМС жүйесінің тұрақтылығы мен халықты әлеуметтік қорғау құралы ретіндегі тиімділігін арттыру мақсатында оның қаржылық және басқарушылық тетіктерін жетілдірудің орындылығын көрсетеді. Сонымен қатар, зерттеу нәтижелері денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыруды талдау және жетілдіру барысында пайдаланылуы мүмкін.

Түйін сөздер: міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру; денсаулық сақтауды қаржыландыру; халықты әлеуметтік қорғау; бюджетке тәуелділік; солидарлық модель; қаржылық тұрақтылық; Қазақстан Республикасы.

THE SYSTEM OF MANDATORY SOCIAL HEALTH INSURANCE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN: BALANCING FINANCIAL SUSTAINABILITY AND SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION

Kapenova A.*

PhD candidate

L.N. Gumilyov ENU

Astana, Kazakhstan.

e-mail: a.kapenova94@gmail.com

ORCID: 0009-0009-4106-9649

Kodasheva G.

Doctor of PhD

L.N. Gumilyov ENU

Astana, Kazakhstan.

e-mail: kodasheva_gs@enu.kz

ORCID: 0000-0002-1734-418X

Rakhimzhanova K.

Doctor of PhD

L.N. Gumilyov ENU

Astana, Kazakhstan.

e-mail: Kalamkas.Rakhimzhanova@mail.ru

ORCID: 0000-0001-8004-4326

Abstract

The economy of Kazakhstan is characterized by a pronounced social orientation, in which the healthcare system, including insurance-based financing mechanisms, represents one of the key components of social protection indicators. This study analyzes the financial mechanism of the compulsory social health insurance (CSHI) system in the Republic of Kazakhstan in the context of implementing social protection objectives. Based on data from the Social Health Insurance Fund for 2020–2024, the structure of funding sources, the dynamics of financial inflows, and population coverage under the CSHI system are examined. The study assesses the degree of budgetary dependence of the insurance model using an author-developed budget dependency coefficient and the compound annual growth rate (CAGR). Institutional contradictions between the social orientation of the system and its financial autonomy are identified, as well as a mismatch between the growth of financing volumes and limited social outcomes in terms of the quality and accessibility of medical care. The findings indicate the necessity of improving the financial and managerial mechanisms of the CSHI system to enhance its sustainability and effectiveness as a tool of social protection. The results of the study may also be used for analytical purposes and for improving healthcare financing policies.

Keywords: mandatory social health insurance; healthcare financing; social protection of the population; budgetary dependence; solidarity-based model; financial sustainability; Republic of Kazakhstan.